

|                                                                                   |                                                                   |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | <b>COMUNICADO</b>                                                 | <b>NÚMERO:</b><br>044/17   |
|                                                                                   |                                                                   | <b>DATA:</b><br>22/12/2017 |
| Remetente:                                                                        | Gerência de Credenciamento                                        |                            |
| Destinatários:                                                                    | Hospitais da Rede Credenciada(capital e interior), Hapttech, Gtec |                            |
| Assunto:                                                                          | Regras de Dieta                                                   |                            |

Prezado Credenciado,

Informamos que a partir de 01/01/2018, as regras de remuneração das dietas enterais, parenterais e suplementos orais passarão a vigorar baseadas nas tabelas padrões de mercado, seguindo as seguintes instruções:

| NOVAS REGRAS DE DIETA SASSEPE |                                              |                             |                |
|-------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| VALOR DE REFERÊNCIA           | DELIBERAÇÃO                                  | PERCENTUAL                  | GLOSA          |
| R\$ 0,00 a R\$ 500,00         | Liberação automática pela Empresa Reguladora | Aplicar <b>regra atual</b>  | –              |
| R\$ 500,01 a R\$ 999,99       | Auditoria da equipe de Nutrição              | (*) Aplicar deflator de 20% | Não recursável |
| A partir de R\$ 1.000,00      | Auditoria da equipe de Nutrição              | (*) Aplicar deflator de 40% | Não recursável |

(\*) Quando houver a necessidade de aplicação do deflator, a cobrança deve ser feita conforme valor liberado e a regra será aplicada pelo contas médicas da empresa reguladora.

As solicitações de dieta acima de R\$500,00(quinhetos reais), serão alvo de análise e parecer da auditoria de nutrição do SASSEPE e respondidas por e-mail em até 72h, sendo necessário o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados, ao e-mail [nutricao.sassepe@irh.pe.gov.br](mailto:nutricao.sassepe@irh.pe.gov.br):

- **Formulário da solicitação de dieta devidamente preenchido (modelo e instruções de preenchimento em anexo);**
- **Prescrição Médica.**

Em caso de necessidade, nossa auditoria fará contato com a nutricionista responsável pelo seu serviço. Para tanto, a identificação clara e telefone de contato no formulário é imprescindível.

Por ocasião da apresentação das contas médicas, o hospital deve anexar o formulário SOLICITAÇÃO DE DIETAS com parecer da auditoria de nutrição do SASSEPE e a prescrição médica, para os casos aplicáveis. Informamos que a ausência desses documentos ensejará em glosa.

Ressaltamos que a quantidade cobrada deve ser apresentada sempre na menor unidade fracionada.

**Exemplo:** 01 sachê e não 01 caixa de sachê.

Atenciosamente,



# SOLICITAÇÃO DE DIETAS

DATA:

☐

SUPLEMENTO ORAL

☐

ENTERAL

☐

PARENTERAL

/ /

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Hospital:

Enfermaria/ Leito:

Nome completo:

Nome da mãe:

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Data de nascimento: / /

Idade:

CPF:

Registro/Prontuário:

## INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Diagnóstico(s):

Exames bioquímicos:

## AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso: Kg ☐ Atual ☐ Ideal ☐ Estimado Circunf. braço e adequação:Estatura: cm ☐ Atual ☐ Estimada Circunf. da Panturrilha:

IMC: Diagnóstico nutricional:

NEE: PTN:

Para crianças e adolescentes - Curvas de crescimento (especificar escores Z):

P/I: E/I: P/E: IMC/I:

## INFORMAÇÕES DA TERAPIA NUTRICIONAL

Via de administração da terapia: ☐ VO ☐ NE ☐ NPT/NPP

SUPLEMENTO ORAL

Fórmula solicitada:

Apresentação: ☐ Lata ☐ Sachê ☐ Tetra Pack ☐ Easy Bottle ☐ Outros:

Dosagem: Duração:

Valor unitário:

ENTERAL

Via de acesso: ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ☐ JJT

Fórmula solicitada:

Apresentação: ☐ Lata ☐ Sachê ☐ Frasco/Tetra Pack ☐ Pack/Easy Bag ☐ Outros:

Dosagem: Vazão: Duração:

Valor unitário:

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARENTERAL</b>                   | Via de infusão: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférica                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                     | Apresentação de NP: <input type="checkbox"/> Pronta para uso - 3 câmaras em 1 <input type="checkbox"/> Pronta para uso - 2 câmaras em 1<br><input type="checkbox"/> Manipulada                                                                                                                                                                               |
|                                     | Fórmula solicitada pronta para uso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                     | Dosagem:                                  Vazão:                                  Duração:                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                     | Valor unitário:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     | Exames bioquímicos:<br><b><u>Informar os resultados dos exames abaixo (<i>recentes e datados</i>):</u></b><br>Gasometria; hemograma completo; sódio; potássio; cloro; magnésio; fósforo; cálcio; proteínas totais e albumina; uréia e creatinina; ALT, AST, FA, GGT, BT e frações; amilase e lipase; glicemia; Triglicerídeos, HDL, LDL, CT total e frações. |
|                                     | <b>Justificativa para o uso:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nome do(a) Nutricionista/Médico:    | Telefone de Contato: (     )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PARECER NUTRIÇÃO SASSEPE</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Data:       /       /               | Nutricionista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------|--|
|                                           |                                                                                                                                                                       | <b>01 SOLICITAÇÃO DE DIETAS</b> |  | <b>DATA: 02</b><br>/ / |  |
| <input type="checkbox"/> SUPLEMENTO ORAL <input type="checkbox"/> ENTERAL <input type="checkbox"/> PARENTERAL              |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Hospital: 03                                                                                                               |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Enfermaria/ Leito: 04                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Nome completo: 05                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Nome da mãe: 06                                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Sexo: F 07 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Data de nascimento: 08 Idade: 09                    |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| CPF: 10 Registro/Prontuário: 11                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| <b>INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Diagnóstico(s): 12                                                                                                         |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Exames bioquímicos: 13                                                                                                     |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| <b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Peso: 14 Ideal <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/> Circunf. b 15 e adequação:                       |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Estatura: 16 1 <input type="checkbox"/> al Estim 17 a Circunf. da Panturrilha:                                             |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| IMC: 18 Diagnóstico nutricional: 19                                                                                        |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| NEE: 20 PTN: 21                                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Para crianças e adolescentes - Curvas de crescimento (especificar escores Z): 22                                           |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| P/I: E/I: P/E: IMC/I:                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| <b>INFORMAÇÕES DA TERAPIA NUTRICIONAL</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| Via de administração da terapia: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> NENPT <input type="checkbox"/> PP 23 |                                                                                                                                                                       |                                 |  |                        |  |
| SUPLEMENTO ORAL                                                                                                            | Fórmula solicitada: 24                                                                                                                                                |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Apresentação: <input type="checkbox"/> lata <input type="checkbox"/> Sach <input type="checkbox"/> Tetra Pac <input type="checkbox"/> 25                              |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | E <input type="checkbox"/> y Bottle <input type="checkbox"/> ros: <input type="checkbox"/>                                                                            |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Dosagem: 26 Duração: 27                                                                                                                                               |                                 |  |                        |  |
| ENTERAL                                                                                                                    | Valor unitário: 28                                                                                                                                                    |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Via de acesso: <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNGSI <input type="checkbox"/> GTT JJT <input type="checkbox"/> 29                               |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Fórmula solicitada: 30                                                                                                                                                |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Apresentação: <input type="checkbox"/> ta <input type="checkbox"/> Sach <input type="checkbox"/> Frasco/ <input type="checkbox"/> ra Pack <input type="checkbox"/> 31 |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | P <input type="checkbox"/> k/Easy Bag <input type="checkbox"/> ros: <input type="checkbox"/>                                                                          |                                 |  |                        |  |
| ENTERAL                                                                                                                    | Dosagem: Vazão 32 Duração: 33                                                                                                                                         |                                 |  |                        |  |
|                                                                                                                            | Valor unitário: 34 35                                                                                                                                                 |                                 |  |                        |  |

[illegible]

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DIETAS

| CAMPO | ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Assinalar o nome da dieta solicitada. Pode ser assinalado mais de uma dieta se necessário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2     | Preencher com a data da solicitação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3     | Preencher com o nome completo do hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4     | Informar se o usuário encontra-se em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e qual o leito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5     | Preencher o nome correto completo do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6     | Preencher o nome correto completo da genitora do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7     | Marcar um (x) o gênero do usuário, se feminino ou masculino.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8     | Informar a data de nascimento contendo dia, mês e ano completo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9     | Informar a idade correta conforme data de nascimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 10    | Informar os 11 dígitos do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11    | Informar os números do registro do usuário no SASSEPE ou número do prontuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 12    | Informar todos os diagnósticos atualizados do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13    | Informar os exames laboratoriais mais recentes do usuário que contribuam para a justificativa do uso da dietas e a data em que eles foram realizados. Nos casos de solicitação de dieta parenteral será necessário informar os resultados dos exames de: Gasometria; hemograma completo; sódio; potássio; cloro; magnésio; fósforo; cálcio; proteínas totais e albumina; uréia e creatinina; ALT, AST, FA, GGT, BT e frações; amilase e lipase; glicemia; Triglicerídeos, HDL, LDL, CT total e frações. |
| 14    | Informar o peso do usuário e ao lado marcar com um (x) se o mesmo é atual, ideal ou estimado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 15    | Informar o valor obtido da circunferência do braço e o seu percentual de adequação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 16    | Informar a estatura ou comprimento do usuário e ao lado marcar com um (x) se a mesma é atual ou estimada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 17    | Informar o valor obtido da circunferência da panturrilha do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 18    | Informar o Índice de Massa Corporal (IMC) do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 19    | Informar o diagnóstico nutricional com base na avaliação nutricional realizada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 20    | Informar o total das Necessidades Energéticas Estimadas (NEE) diárias que foram calculadas para o usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 21    | Informar o total diário de proteína necessária para o usuário (PTN).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 22    | Informar os valores dos escores Z encontrados com base nas curvas de crescimento da OMS para crianças e adolescentes para a relação: Peso/Idade (P/I); Estatura/ Idade (E/I); Peso/Estatura (P/E) e IMC/Idade (IMC/I).                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 23    | Marcar com um (x) qual a via de administração da terapia, se: por via oral (VO), nutrição enteral(NE) ou Nutrição parenteral total/ nutrição parenteral periférica(NPT/NPP).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 24    | Informar qual o nome comercial da fórmula necessária para o usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 25    | Marcar com um (x) a apresentação solicitada e informar qual o peso líquido ou bruto do produto solicitado por embalagem individual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 26    | Informar quantas unidades do produto por dia são necessárias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 27    | Informar qual o período, em dias, necessário de uso do produto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 28    | Informar o valor unitário (preço de fábrica).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 29    | Marcar com um (x) a via de acesso que será utilizada, se: por sonda orográstica (SOG), sonda nasogástrica (SNG), sonda nasoenteral (SNE), gastrostomia (GTT) ou jejunostomia (JJT).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>30</b> | Informar qual o nome comercial da fórmula necessária para o usuário.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>31</b> | Marcar com um (x) a apresentação solicitada e informar qual o peso líquido ou bruto do produto solicitado por embalagem individual.                                                                                                                                                                                   |
| <b>32</b> | Informar quantas unidades do produto por dia são necessárias.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>33</b> | Informar a vazão da dieta em mL/h.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>34</b> | Informar qual o período, em dias, necessário de uso do produto.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>35</b> | Informar o valor unitário (preço de fábrica).                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>36</b> | Marcar com um (x) qual a via, se: central (NPT) ou periférica (NPP).                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>37</b> | Marcar com um (x) qual o tipo da bolsa de nutrição parenteral, se: pronta para uso 3 câmaras em 1, pronta para uso 2 câmaras em 1 ou manipulada. Caso seja manipulada, enviar em anexo o formulário com a composição da fórmula solicitada.                                                                           |
| <b>38</b> | Informar qual o nome comercial da fórmula necessária para o usuário.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>39</b> | Informar quantas unidades do produto por dia são necessárias.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>40</b> | Informar a vazão da fórmula em mL/h.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>41</b> | Informar qual o período, em dias, necessário de uso do produto.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>42</b> | Informar o valor unitário (preço de fábrica).                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>43</b> | Na justificativa deve ser explicado detalhadamente o motivo para o uso da fórmula, informando, por exemplo: tipo de respiração, o porquê de determinada via de alimentação ser utilizada, regularidade do trânsito intestinal, tolerância à fórmula, uso de medicação vasoativa ou sedativo e alterações bioquímicas. |
| <b>44</b> | Informar o nome completo do médico solicitante ou nutricionista                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>45</b> | Informar o número do solicitante com código de área, para em caso de dúvida os auditores nutricionistas entrarem em contato.                                                                                                                                                                                          |